利用者　情報提供書

作成日　　年　　月　　日

基本情報					
ふりがな		性別	男・女	身長　　cm　体重　　kg	
名前		生年月日	年　　月　　日(　　歳)		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
障害等認定	身障(　　)　療育(　　)　精神(　　)　難病(　　)　その他(　　)				

医療情報					
かかりつけ医		主治医		TEL	
病歴					
服薬状況					

サービス利用状況・生活状況			
サービス利用状況			
生活歴			
介護状況			
住環境	自宅　・　借家　　一戸建て(1階　・　2階)　・　集合住宅(　　階)		
	エレベーター：　有　・　無		
	駐車場：　有　・　無	整地　・　不整地　(　　)	
	住宅改修の必要性：　有　・　無		
	その他：		
経済状況	国民年金　・　厚生年金　・　障害年金　・　生活保護		
	生活保護の場合	担当：	連絡先：
介護者	介護者の有無	有　・　無	
	介護者の仕事の有無	有(週　　回)　・　無	
	介護費用の負担	本人・主介護者・その他(　　) 軽い・やや軽い・普通・やや重い・重い	

県南病院　デイケア

ADL			
立ち上がり	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
移乗	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
移動	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	補助具：☐ 独歩　☐ 杖歩行　☐ シルバーカー　☐ 車いす	
	ご自身の車いす：☐ 無　☐ 有	転倒歴：☐ 無　☐ 有　転倒場所(　　)	
	備考：		
食事	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	嚥下：☐ 良　☐ 不良	制限：☐ 無　☐ 有
	栄養状況：☐ 良好　☐ やや良好　☐ 不良　☐ 不明		
	食形態：	アレルギー：	
	義歯：☐ 無 ☐ 有	水分とろみ:☐ 無 ☐ 有	自助具：
	備考：		
入浴	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
	☐ 制限あり　☐ 制限なし		
排泄	排泄動作：☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	尿・便意：☐ 無　☐ 有	
	日中：☐ 布パン　☐ オムツ　☐ リハパン　☐ Pトイレ　☐ カテーテル　☐ 尿瓶		
	夜間：☐ 布パン　☐ オムツ　☐ リハパン　☐ Pトイレ　☐ カテーテル　☐ 尿瓶		
	備考：		
更衣	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
整容	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
口腔ケア	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
IADL			
服薬管理	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 要介助	備考：	
掃除・洗濯			
調理			
買い物			
金銭管理	☐ 自立　☐ 要介助	備考：	
健康状態			
麻痺	☐ 無　☐ 有	程度：	
疼痛	☐ 無　☐ 有	箇所：	
関節拘縮	☐ 無　☐ 有	箇所：	
褥瘡	☐ 無　☐ 有	箇所：	
認知症状	☐ 無　☐ 有	HDS-R　　点	診断あれば記載：
聴力	☐ 問題なし　☐ やや難あり　☐ 困難	補聴器:　☐ 無　☐ 有	備考：
視力	☐ 問題なし　☐ やや難あり　☐ 困難	備考:	
言語	☐ 問題なし　☐ やや難あり　☐ 困難	備考:	
意思疎通	☐ 問題なし　☐ やや難あり　☐ 困難	備考:	